

令和 年 月 日																																				
受給者番号			<table><tr><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									—																								
		—																																		
(あて先) 浜松市長			住 所																																	
申 請 者			(マシヨシ名・室番号等)																																	
			氏 名																																	
			電話番号 — —																																	
重度心身障害者医療費助成申請書 重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。																																				
①受診者氏名		※申請者と受診者が同一の場合記入は不要です。				②生年月日		大・昭 平・令 年 月 日																												
③ 令和 年 月診療分（ 外来 ・ 入院 ・ 訪問看護 ）																																				
④加入 医療 保険	被保険者（組合員）氏名		記号番号		保険者名称（浜松市国保、長寿医療以外の方は組合名等を記入）																															
					浜松市国保 長寿（後期高齢者）医療		健保組合・共済組合 協会けんぽ・国保																													
医 療 機 関 記 入 欄	領 収 証 明 書 上記受診者について、下記のとおり領収したことを証明します。 【ここは長寿（後期高齢者）医療でない方の証明欄です。長寿医療の方は別の領収証明書をお使いください。】 令和 年 月診療分【 科 外来・入院（ 日から 日まで）】 <table><tr><td>①保険点数</td><td colspan="3">点→負担金額 円</td><td>②薬剤費負担金</td><td colspan="4">円</td></tr><tr><td colspan="5">③保険診療による鍼灸、マッサージ、接骨院自己負担金</td><td colspan="4">円</td></tr><tr><td colspan="5">① + ② + ③</td><td colspan="4">円</td></tr></table> <u>1枚につき1ヶ月単位、医療機関単位、入院・外来別に記入してください。</u> <u>また保険外（自費分）については助成対象にならないため、除いて記入してください。</u> 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 代表者 印									①保険点数	点→負担金額 円			②薬剤費負担金	円				③保険診療による鍼灸、マッサージ、接骨院自己負担金					円				① + ② + ③					円			
	①保険点数	点→負担金額 円			②薬剤費負担金	円																														
	③保険診療による鍼灸、マッサージ、接骨院自己負担金					円																														
	① + ② + ③					円																														

市 記 入 欄	診療年月	療養区分	医療機関	医療点数	支払申請額	自己負担額	装具療養費	医療助成費	備考
	点検								
	点検								